

Psychosoziale Diagnostik im Fallmanagement u25 als notwendige Bedingung einer nachhaltigen Integration Jugendlicher in prekären Lebenssituationen

Ney, Michael E.W.

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ney, M. E. (2016). *Psychosoziale Diagnostik im Fallmanagement u25 als notwendige Bedingung einer nachhaltigen Integration Jugendlicher in prekären Lebenssituationen..* <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-462833>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

Psychosoziale Diagnostik im Fallmanagement u25 als notwendige Bedingung einer nachhaltigen Integration Jugendlicher in prekären Lebenssituationen

Michael E.W. Ney

Dipl. Sozialwirt

Hans-Löscher-Straße 33

39108 Magdeburg

michaelney@web.de

27. Februar 2016

Inhalt

Einleitung	3
1. Die Ausgangssituation: Problemfelder des Klientel im FM u25	4
1.1 Exklusionen: ökonomisch, institutionell und sozial	6
1.2 Stabilisierung als zwingende Vorbedingung	9
2. Aufgaben des Case Management	9
2.1 Fallerhebung / Exploration	9
2.1.1 Screening	10
2.1.2 Assessment	11
2.2 Planung und Steuerung von Hilfeangeboten, ...	12
3. Exploration und Kategorisierung	12
3.1 „Person in Environment“ (PIE) – ein bio–psycho–soziales Modell (Assessmentsystem) zur Klientenkategorisierung	13
3.1.1 Faktor I: Probleme in sozialen Rollen	14
3.1.2 Faktor II: Umgebungsprobleme im Gemeinwesen	15
3.1.3 Faktor III: Psychische Erkrankungen	15
3.1.4 Faktor IV: Körperliche Erkrankungen oder Gesundheit	16
3.2 Kompetenzdiagnostik / Kompetenzmodell	16
3.2.1 (intra-) personale Kompetenzen	17
3.2.2 interpersonale	17
3.2.3 allgemeine Kompetenzen	18
4. Methodische Ansätze für Assessments	18
4.1 Zuordnungen von Problemlagen und Kompetenzfeldern	18
4.2 SORKC – Modell und Goal Attainment Scale	19
4.2.1 SORKC – Modell	20
4.2.2 Goal Attainment Scale	22
5. Sieben Phasen – Modell für den Prozess der psychosozialen Diagnostik im CASE MANAGEMENT	24
Fazit	26
Literaturverzeichnis	28

Einleitung

Die Arbeit im CASE MANAGEMENT – hier im Wirkungsbereich des SGB II – unterliegt einer Reihe von Bedingungen, die einen Handlungsspielraum entstehen lassen, der mehr an der kurzfristigen Herstellung der Vermittelbarkeit des Klienten / der Klientinnen in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt orientiert ist, als an einer nachhaltigen, homozentrischen Arbeit mit dem Klienten. Ursache dafür sind die Notwendigkeit der Erfüllung statistischer Wunschbilder in Form von Vergleichszahlen zwischen ARGEN und Optionskommunen, eine vermeintliche, eher kurzfristig orientierte Wirtschaftlichkeit und ein zahlenmäßiges Verhältnis (Betreuungsschlüssel / Fallzahlen) zwischen CASE MANAGER / CASE MANAGERINNEN und Klienten / Klientinnen, das eine individuelle Betreuung, ein passgenaues Fördern und Fordern mangels ausreichender Zeit für den einzelnen Klienten kaum mehr möglich sein lässt. Ein Beleg für diese Wahrnehmung der Situation findet sich in der Studie Kompetenzfassung bei Arbeitssuchenden¹ der Universität Bremen:

„Bislang nimmt diese Phase (determinierende Eingangsphase als Raum für Kompetenzbilanzierung, Anm. d. Verf.) sowohl im Vermittlungsalltag der örtlichen Arbeitsagenturen, als auch im Wirken privater Arbeitsvermittler oftmals nicht den notwendigen Raum ein. Die Anstrengungen konzentrieren sich vorrangig auf den Folgeschritt – die Vermittlung in den Arbeitsmarkt-, das gemeinsame Erarbeiten einer Kompetenzbilanz in einer Kooperation zwischen Vermittler und Klient kommt dabei leider oft zu kurz.“²

Das Menschenbild im angewandten CASE MANAGEMENT ist aufgrund der Auftragsdefinition „Vermittlung“ häufig vorrangig an den Defiziten des Klienten / der Klientinnen orientiert. Welche Hemmnisse treten beim Klienten / bei der Klientin auf und müssen beseitigt werden, um eine möglichst kurzfristige Vermittlung zu erreichen? Die Notwendigkeit der Intervention und der Androhung von Sanktionen (Rollenkonflikt: Vertrauensverhältnis vs. Sanktion) stehen häufig im Vordergrund und gleichzeitig in Konkurrenz zum Entstehen eines Vertrauensverhältnisses zwischen dem CASE MANAGER / der CASE MANAGERIN und dem Klienten / der Klientin. Diese Arbeit will der Frage nach einem möglichen, alternativen

¹ Haasler, Bernd; Schnittger, Meike: Kompetenzfassung bei Arbeitssuchenden – eine explorative Studie unter besonderer Berücksichtigung des Sektors privater Arbeitsvermittlung in Deutschland, ITB – Arbeitspapiere Nr. 57, Herausgegeben vom Institut Technik und Bildung der Universität Bremen, 2005

² Ebenda, S. 90

Ansatz nachgehen und sich mit der Intention des CASE MANAGEMENT auseinandersetzen, wie diese in der Theorie verstanden wird und dabei im Ansatz eine Arbeitsweise verfolgen sollte, die den Aufbau/ die Stärkung / die Entwicklung der Persönlichkeit des Klienten / der Klientin unterstützt und begleitet.

Unter den vielfältigen Bezeichnung für die im SGB II als Hilfeempfänger verstandenen Menschen verwende ich im Verlauf dieser Arbeit den Begriff Klient.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet, wobei immer auch die weibliche inbegriffen ist.

1. Die Ausgangssituation: Problemfelder des Klientel im FM u25

Was einen großen Teil des Klientel im FMu25 ausmacht, soweit es insbesondere die Übersicht über meinen eigenen Fallbestand und die durch den Austausch mit KollegInnen gewonnen Einblicke darüber hinaus zulassen, daraus eine Ableitung zu formulieren, geht es um Menschen, die sich im Subsystem „HARTZ IV“ organisiert und eingerichtet haben. Dieses Subsystem – im Sinne eines Systems, das zugleich innerhalb und außerhalb der Grenzen eines anderen Systems liegt³ – hat seine eigenen sozialen und moralischen Spielregeln. Eine der Stellen, an denen sich die Systemgrenze als durchlässig erweist, ist der Leistungsbezug innerhalb des SGB II. Hier werden die Anforderungen und Erwartungen formuliert, die das System Gesellschaft durch seine Akteure Staat, Politik, Bürger im gesicherten Lebensverhältnis an die im System Gesellschaft als Hilfebedürftige verstandenen Empfänger von ALG II stellt. Ein etwaiges Fehlverhalten / eine Abweichung von diesem Verständnis wird im Zweifelsfall sanktioniert. Im Subsystem HARTZ IV ist der Akteur kein Hilfebedürftiger, sondern übt je nach dort „erkämpftem“ Status, evtl. sogar eine Leaderfunktion / Leadership aus. Letztlich ist davon auszugehen, dass im Subsystem die ganze Bandbreite des sozialen Rankings einer Gesellschaft analog – als Mikrokosmos oder Spiegelbild - vertreten ist. Im Sinne der Exklusionstheorie entsteht ein Zusammen- und Zugehörigkeitsgefühl zum einen aus der Solidarität von Mitgliedern des Subsystems, zum anderen – diese Solidarität bedingend – aus der Stigmatisierung durch die Angehörigen des Systems Gesellschaft und der Institutionen, sowie durch die Exklusion von der Wahrnehmung politischer, kultureller und ökonomischer Teilhabe. Die Durchlässigkeit

³ „Funktionale Differenzierung unter dem Gesichtspunkt sowohl der Ungleichheit als auch der Gleichheit der Teilsysteme.“ In Luhmann, Niklas: „Die Gesellschaft in der Gesellschaft“, Bd. 2, Frankfurt / M, 1998

vom System Gesellschaft in das Subsystem ist gegeben und entsteht durch die verschiedensten Möglichkeiten in langfristige Arbeitslosigkeit zu fallen (kein Ausbildungsplatz, Entlassung, Kündigung ohne Perspektive,...)

Die Durchlässigkeit vom Subsystem in das System Gesellschaft erfolgt unter schwereren Bedingungen, je länger der Klient bereits dem Subsystem angehört. Besonders erschwert ist der Übergang für Jugendliche / u25er, die im Subsystem und dessen Milieu⁴ sozialisiert wurden und deren Selbstverständnis / Identifikation im höchsten Maße mit den Spielregeln und moralischen Werten des Subsystems verknüpft ist. Hier haben die Familie, die Freunde, das wahrgenommen werden in der Schule, die Wahrnehmung der eigenen Stellung als Stigmatisierung bereits ein Selbstbild und Rollenverständnis geschaffen, dass tief verwurzelt ist und Grundlage für alles Handeln und Denken bildet.

Die so erfolgte Sozialisation hat zum einen häufig ein Verhalten geprägt, das auf Konfrontation mit dem System Gesellschaft ausgelegt ist und sich in dem Selbstverständnis begründet unverschuldet in die Situation geraten zu sein, vom Leben ungerecht behandelt, ausgegrenzt zu werden. (Hier spiegeln sich häufig die Legitimationsstrategien der Eltern wieder, die vor ihren Kindern nicht als Versager dastehen wollen.) Aus diesem Verständnis heraus ergibt sich die Haltung, der Verantwortung für die Situation ledig zu sein, sich als Opfer zu verstehen und eine entsprechende Forderungshaltung gegenüber dem System Gesellschaft einzunehmen.

Ein besonderes Augenmerk bei der Arbeit mit dem Klientel u25 bzw. den Jugendlichen sollte im CASE MANAGEMENT auf das Risiko der sozialen Exklusion gerichtet werden. Die Betrachtung der sozialen Exklusion kommt als Begriff aus der französischen Soziologie und beschreibt den „Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Prozessen sozialer Ausgrenzung“⁵. In den Beschäftigungsrichtlinien der Europäischen Kommission für das Jahr 2007 fällt der Förderung sozialer Inklusion eine besondere Bedeutung zu, die Teilnehmerstaaten werden aufgefordert: Probleme zu bekämpfen, die den Zugang der Menschen zu Arbeitsmarkt, zur Ausbildung und Qualifizierung behindern, Strategien präventiver Maßnahmen um die Integration derer zu fördern, die als benachteiligt gelten oder besonderen

⁴ „Milieu ist die Bezeichnung für die Gesamtheit der äußeren (geographisch, klimatisch, etc.) und der sozialen Umwelt des einzelnen bzw. einer Gruppierung, die auf die Entwicklung, Entfaltungsmöglichkeiten und die Modalität sozialen Handelns Einfluss nimmt.“ Aus Fuchs-Heinritz, Werner et al. (Hg.), Lexikon zur Soziologie, Op-laden 1995, S. 438

⁵ Kieselbach, Thomas; Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen in Gesundheit Berlin (Hrsg.) Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007, S. 7

Risiken ausgesetzt sind, der Marginalisierung dieser Gruppe entgegenzuwirken, geeignete Maßnahmen zu implementieren.⁶

1.1 Exklusionen: ökonomisch, institutionell und sozial

Die zitierte Studie geht davon aus, dass Jugendliche nicht per se vom Arbeitsmarkt ausgegrenzt sind, sondern ihnen der Eintritt in den Arbeitsmarkt aufgrund vielfältiger struktureller wie personenbezogener Barrieren dauerhaft versperrt ist. Neben der Exklusion vom Arbeitsmarkt und der ökonomischen Exklusion spielen die institutionelle, die soziale⁷ und die kulturelle Exklusion eine wesentliche Rolle. Im Rahmen dieser Arbeit fällt der Blick auf den Bereich der personenbezogenen Barrieren. Im Zusammenhang mit der institutionellen Exklusion wird in der Studie beschrieben, dass die Jugendlichen in den untersuchten nordeuropäischen Ländern – zu denen Deutschland gehört – das Ausmaß an Unterstützung von den wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen als unzureichend und ineffizient beurteilen.⁸ Vor dem Hintergrund der Fragestellung dieser Arbeit ist wichtig, dass die Studie belegt, dass mangelnde institutionelle Unterstützung das Risiko sozialer Exklusion bedingten, indem durch den Umgang mit dem Klientel und die fehlenden, personenbezogen gezielten Angebote eine Stärkung der Persönlichkeiten (Selbstwertgefühl, gute kommunikative Fähigkeiten,...) ausbleibt. Exklusion durch soziale Isolierung bedeutet die Verringerung der Multidiversivität sozialer Beziehungen je länger die Phase der Arbeitslosigkeit andauert. Dies beinhaltet den Rückzug auf einen „Freundeskreis“, der sich vorrangig auf Arbeitslose beschränkt. „Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe bedeutet einerseits soziale Integration, aber andererseits auch Abkoppelung vom größeren Teil der Gesellschaft aufgrund der Einseitigkeit der Kontakte.“⁹

Zugrunde gelegt werden kann hier das Vulnerabilitätskonzept, das Robert Chambers 1989 definiert hat. Darin beschreibt Chambers, dass Verwundbarkeit weit über Armut hinausreicht und Vulnerabilität nicht nur Mangel und ungedeckte Bedürfnisse, son-

⁶ Kieselbach, S. 7 ff

⁷ „Inklusionsbedingungen variieren mit gesellschaftlicher Differenzierung. Sie müssen in der modernen Gesellschaft mehr Möglichkeiten vorsehen, als in traditionellen Gesellschaften und lassen sich nicht mehr hierarchisch, d.h. linear ordnen. Danach sieht es so aus, dass die zunehmende Komplexität der Gesellschaft auch die klassischen festen Inklusionsmuster auflöst und Inklusionen stärker individualisiert.“ In Luhmann, Niklas: „Die Gesellschaft in der Gesellschaft“, Bd. 2, Frankfurt / M 1998, S. 620

⁸ Kieselbach, S. 10

⁹ ebenda (Studie) S. 10

dem einen auch den gesellschaftlichen Zustand, der durch Anfälligkeit, Unsicherheit und Schutzlosigkeit geprägt ist meint. Die damit entstehenden Schwierigkeiten resultieren nicht nur aus dem Defizit an materiellen Ressourcen, sondern aus dem verwehrten Zugang zu gleichberechtigter Teilhabe und Teilnahme an Wohlstand und Glück, weil ihnen Unterstützung vorenthalten wird oder weil sie nicht ausreichend in soziale Netzwerke eingebunden sind. Vulnerabilität besitzt folglich nicht nur eine ökonomische bzw. materielle Dimension (Armut), sondern auch eine politische und soziale. Verwundbar sein heißt entsprechend: Stressfaktoren ausgesetzt sein (externe Dimension), diese nicht bewältigen zu können (interne Dimension) und unter den Folgen der Nichtbewältigung leiden zu müssen.

Verwundbarkeit muss als ein dynamischer Prozess verstanden werden. Betroffene können je nach Situation unterschiedlich verwundbar sein oder werden. Einzelne Phasen dieses Verwundbarkeitsprozesses reichen vom Stadium der Grundanfälligkeit (Phase der Bewältigung oder des Sich-Arrangierens) über mehrere Zwischenschritte bis hin zur existenziellen Katastrophe, die durch einen Kollaps der Lebensabsicherung und durch totale Abhängigkeit der Betroffenen von externen Hilfsmaßnahmen gekennzeichnet ist.¹⁰

Aus dem Vulnerabilitätskonzept ergibt sich, dass mangelnde soziale Unterstützung eine Schlüsselrolle bei der Entstehung des Exklusionsrisikos spielt. Im Umkehrschluss schützt die soziale Unterstützung schützt die Jugendlichen wesentlich vor Ausgrenzungsrisiken. Entsprechend liegt hier ein zwingend notwendiges Arbeitsfeld, das eher auf langfristige Integrationsarbeit abzielt, als auf kurzfristige Vermittlung. Diese könnte zwar die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder die Teilnahme an einer Maßnahme bedeuten, jedoch das Risiko einer hohen Abbruchwahrscheinlichkeit aufgrund der mangelnden sozialen Unterstützung und Integration beinhalten und damit – aus dem Misserfolgserlebnis heraus - auch die Förderung eines noch weiteren Rückzugs.

Entsprechend lassen sich hier zwei konkurrierende Ansätze unterscheiden. Die **akteurstheoretisch orientierte Vermittlung**, stellt dem arbeitslosen Klienten die freie Stelle gegenüber, prüft Qualifikationskriterien ab (Screening, s.u.) und vermittelt den Klienten auf eine offene Stelle, wobei im Vordergrund steht, die wirtschaftliche Hilfebedürftigkeit gegen den Leistungserbringer (SGB II) zu verringern oder zu beseitigen.

¹⁰ <http://de.wikipedia.org/wiki/Vulnerabilitaet>

Etwaige psychosoziale Problemfelder sind dabei von nachrangiger Bedeutung. Die **systemtheoretisch orientierte Integration**, die gleichwohl die Vermittlung in selbst-versorgende Erwerbsarbeit zum Ziel hat, ist ein Arbeitsansatz, der über das Qualifikationsniveau des Klienten hinaus, dessen Lebens- und Umweltsystem berücksichtigt und die möglichen, vielleicht auch verdeckten Hemmnisse in die Betrachtung mit einbezieht. Daraus kann ein Arbeitsbündnis mit dem Klienten entstehen, dass zuerst die Beseitigung der Hemmnisse in Angriff nimmt, um dann über einen längeren Zeitraum hinweg in Arbeit zu vermitteln, ohne dabei auf Sanktionen zurückgreifen zu müssen, die ein Verhalten „bestrafen“ dass eigentlich nicht im Verschulden des Klienten liegt, sondern Ausdruck seiner Handlungsunfähigkeit mangels Kompetenz ist. Diese mangelnde Kompetenz stellt gleichzeitig wieder eine Aufgabenstellung für das CASE MANAGEMENT dar, nämlich ein Selbst-Bewusstsein für die entsprechenden psychosozialen Defizite zu schaffen und auf eine Lösungsbereitschaft hinzuarbeiten. In der Studie „Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Beratung“¹¹ der Institute für medizinische Psychologie und Soziologie des Universitätsklinikums Dresden wird eben dieser Zusammenhang zwischen auftretenden gesundheitlichen, vor allem psychischen Beeinträchtigungen bei Arbeitslosigkeit und der Ablehnung entsprechender Interventionsmaßnahmen dargestellt. Daraus ergibt sich, so die Studie, dass eine notwendige und grundlegende Interventionsstrategie zur Minderung der Gesundheitsfolgen sein muss, den Bedarf an gesundheitsorientierten Maßnahmen an die Betroffenen selbst zu kommunizieren.

1.2 Stabilisierung als zwingende Vorbedingung

Eine notwendigerweise nachhaltige Gegensteuerung durch das CASE MANAGEMENT kann durch psychosoziale Stabilisierung und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung erfolgen. „Im Wesentlichen geht es dabei darum, die Jugendlichen, die z. T. erhebliche psychische, aber auch finanzielle und soziale Probleme aufweisen, zu

¹¹Berth, H. et. al: „Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der der Bedarf an psychosozialer Versorgung“ in Gesundheitswesen 2008, Heft 70, S. 289 - 294

stabilisieren. Erst nach einer Phase der Restabilisierung kann es weiterführend darum gehen, den Jugendlichen berufsorientierende und -orientierte Hilfsangebote zu unterbreiten und sie in ihrer beruflichen Zukunftsplanung zu unterstützen.“¹² Viele der Jugendlichen müssen erst „fit“ gemacht werden, um eine nachhaltige Chance auf dem Arbeitsmarkt zu haben. Dazu gehören Motivationssteigerung, Stärkung des Selbstwertgefühls, Entwicklung einer persönlichen Perspektive, die Bearbeitung sozialer Problemlagen,... Hier setzt die Arbeit des CASE MANAGEMENT an und verbindet sich mit der Fragestellung, welche Problemlagen beim einzelnen Klienten vorrangig bearbeitet werden müssen, um ihn in die Phase der berufsorientierenden und -orientierten Hilfsangebote überführen zu können.

2 Aufgaben des Case Management

Zwei Kernaufgaben gehören zum Wesen des CASE MANAGEMENT: die Exploration / Erhebung des Falles und - darauf aufbauend - die Fallsteuerung.

2.1 Fallerhebung / Exploration

„Im Fallmanagement¹³ wird die **konkrete Bedarfslage des Betroffenen erhoben(...)**“;¹⁴ CASE MANAGEMENT stellt hohe Ansprüche an die konzeptionellen und organisatorischen Voraussetzungen einer Exploration, insbesondere da, wo es im Wesentlichen darum geht die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Klienten zu schaffen. „Die Vorstellung von *Aktivierung* war und ist in diesem Zusammenhang immer damit verbunden, dass an den je individuellen **Bedarfslagen** und **Handlungsbedingungen** der zu aktivierenden Personen angeknüpft wird...“¹⁵ Das Zitat aus dem Gesetzentwurf (s.o.) macht deutlich, dass dem Gesetzgeber der mit dem CASE MANAGEMENT verbundene Anspruch im Wesentlichen bewusst war und formuliert damit auch einen entsprechenden auf nachhaltige Integration ausgelegten Arbeitsauftrag an das CASE MANAGEMENT. Die Bedarfslagen und Handlungsbedingungen des Klienten müssen exploriert werden und

¹² ebenda (Studie) S. 15

¹³ Fallmanagement wird hier im Sprachgebrauch der Quelle verwandt und ist synonym für CASE MANAGEMENT zu verstehen

¹⁴ Fraktionen SPD und BÜNDNIS90/Die Grünen; Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Bundestags-Drucksache 15 / 1516 aus 2003

¹⁵ Reis, Claus; „Fallmanagement – ein Mythos? Erfahrungen mit Case Management in unterschiedlichen Feldern kommunaler Sozialpolitik“ in Rudolph, Clarissa, Niekant, Renate (Hrsg.), „Hartz IV Zwischenbilanz und Perspektiven“, Münster 2007, S. 179

„zum Ausgangspunkt aller folgenden Handlungen gemacht werden“¹⁶.

Um die Hemmnisse und Kompetenzen entdecken und erschließen zu können, bedarf es einer Erhebung der Situation, der Lebensumstände des Klienten. Unterschieden werden können hier als sinnvolle Methoden das Screening und das Assessment, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

2.1.1 Screening

Das Screening dient dem Erkennen von bestimmten Sachverhalten (z.B. von Qualifikationsdefiziten, Suchterkrankungen). Unter einem Screening (englisch für: *Durchsiebung, Rasterung, Selektion, Durchleuchten*) versteht man ein systematisches Testverfahren, das eingesetzt wird, um innerhalb eines definierten Prüfbereichs (...) bestimmte Eigenschaften der Prüfobjekte (Anm. d. Verf. hier der Klienten) zu identifizieren. Ein Screening ist somit ein auf bestimmte Kriterien ausgerichteter orientierender *Siebstest*.¹⁷

“The use of the term *screening* (...) refers to a process of determining if an individual is *at risk* of a certain condition or barrier. Screenings are intended to determine the likelihood that a person faces a particular problem or condition – that would be a diagnosis¹⁸ – or even a comprehensive attempt to uncover a barrier. Screening tools are often described as inexpensive, requiring no training for staff to administer, and requiring little time to implement.”¹⁹ Aus den zuletzt genannten Gründen, insbesondere der niedrigen anfallenden Kosten und der kurzfristig möglichen Einführung des Screening als Instrument erscheint es als – zur Erreichung ebenso kurzfristiger, statistisch relevanter Ergebnisse – attraktiv. Der Faktor des niedrigschwelligen fachlichen Zugangs zu diesem Instrument, sollte allerdings angesichts der bekannten, multiplen Problemlagen der Klientel irritieren.

¹⁶ Reis, Claus; S. 180

¹⁷ <http://de.wikipedia.org/wiki/Screening>

¹⁸ Diagnosis is a formal medical determination requiring professional training and is often required for insurance purpose or program participation. Given that this level of identification is not likely to occur within TANF agencies, it is not discussed in detail

¹⁹ TANF, S. 9

2.1.2 Assessment

“The term „assessment“ (...) includes both specific efforts to identify barriers, as well as an on-going process of determining what barriers an individual faces. Assessment might include using a tool to identify a particular barrier, or could be a more general process of monitoring progress and analyzing (or assessing) why expected progress is not achieved. If a screening determines that an individual is likely to have a substance abuse problem, assessment will help confirm or deny the problem. Assessment for a specific barrier differs from screening in that it is more definitive and likely requires some training to implement and interpret results.”²⁰ Assessment bedeutet also, sich als CASE MANAGER „darauf einzulassen zuzuhören, zu beobachten, und zu verstehen (...)“ und dabei auch die Sichtweise des Klienten einnehmen zu können.²¹ Notwendige Bedingungen dafür sind Empathie und Akzeptanz²² gegenüber dem Klienten. Dabei geht es nicht um eine Übereinstimmung mit, eine Zustimmung zur oder Billigung der Sicht des Klienten, sondern um ein respektvolles Zuhören im Sinne eines nicht wertenden Verstehens der Gefühle und Vorstellungen des Klienten.²³ Der kurze Abriss zu den beiden Methoden zeigt deutlich auf, dass das Screening im CASE MANAGEMENT eine Einstiegsmethode sein kann, um in einem ersten Gesprächsverlauf einen ersten Überblick zu erhalten, der die Grundlage für die assessmentorientierte Arbeit im CASE MANAGEMENT schafft, um die notwendig nachhaltige Tiefe der Exploration erreichen zu können. Ein solcher Arbeitsansatz benötigt entsprechende Instrumente, wie Kategorisierungsverfahren und Zielvereinbarungen. Wie ein solches Instrumentarium aussehen kann soll im 3. Kapitel ausgeführt werden. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Screening seine Funktion in der Arbeitsvermittlung finden kann, wo es eine entsprechende inhaltliche Abgrenzung zwischen Arbeitsvermittlung und CASE MANAGEMENT gibt.

²⁰ TANF, S. 9 - 10

²¹ Hiebinger, Irene: „Die sozialökologische Orientierung als Domäne Sozialer Arbeit“ in Gehrman / Müller: Aktivierende soziale Arbeit...“ Regensburg 2005, S. 73

²² Gehrman / Müller: „Charakteristika einer motivierenden sozialen Arbeit“ in Gehrman/Müller: „Aktivierende soziale Arbeit...“, Regensburg 2005, S. 100

²³ Gehrman / Müller - ebenda

2.2 Planung und Steuerung von Hilfeangeboten, ...

...die von Dritten erbracht werden. Auf die Exploration „aufbauend wird dann ein individuelles Angebot unter aktiver Mitarbeit des Hilfebedürftigen geplant und gesteuert.“²⁴ Selbstverständlich greifen diese beiden Aufgaben (Exploration und Fallsteuerung) ineinander. Eine klientenorientierte, nachhaltige Hilfeplanung und Steuerung ist grundsätzlich nur möglich auf der Grundlage einer fundierten Erhebung der Bedarfslagen und Handlungsbedingungen. Die Umsetzung bzw. Steuerung der Hilfen ist dann angewiesen auf ein gut ausgebautes und kooperierendes Netzwerk von Beratungsstellen, Maßnahmeträgern etc. Der Übergang von der Fallerhebung zur Hilfeplanung und –steuerung findet sich in der Kundenkategorisierung (s. u.). So ist das Vorhandensein einer solchen Kategorisierung für das CASE MANAGEMENT sowohl eine gute Orientierung beim Erstellen eines Profils des Klienten als auch eine Grundlage für die Formulierung von Zielen die Entwicklung eines Hilfeplans.

3 Exploration und Kategorisierung

In der Fortführung des Schwerpunktes dieser Arbeit soll nun vertiefend auf die Umsetzung der Fallerhebung eingegangen werden, da diese – wie oben hergeleitet - das Fundament jeder nachhaltigen Arbeit im CASE MANAGEMENT darstellt. Wesentlich ist dabei zu beachten, welche Perspektive eingenommen wird. Notwendig sind im CASE MANAGEMENT zwei Blickrichtungen, die eine muss auf die Hemmnisse ausgerichtet sein, um frühzeitig zu erkennen, wo die Grenzen des Klienten liegen. Die andere muss auf die Potenziale des Klienten ausgerichtet sein, um herauszukristallisieren welche Ressourcen vorhanden sind, aus welchen Kräften geschöpft, Motivation erzeugt werden kann. Wo findet sich ein Zugang zu einer positiven Wahrnehmung der Möglichkeiten der aktuellen Lebenssituation? Eventuell bietet sich ein dritter Ansatz, wenn der CASE MANAGEMENT auch ein Auge für evtl. Gefährdungen / kommende Hemmnisse (Sucht, Schulden,...) hat, die entweder in der Persönlichkeit des Klienten liegen können oder aber einfach nur in der erhöhten Anfälligkeit des sozial benachteiligten Klientel. Daraus können sich wiederum Ansätze für eine Präventionsarbeit ableiten lassen, die jedoch im Rahmen dieser Arbeit keinen Raum finden sollen. “Nicht bemitleiden, nicht auslachen, nicht verabscheuen, sondern verstehen: Diese Anweisung Spinozas sich zu eigen machen wäre für

²⁴ Fraktionen SPD und BÜNDNIS90/Die Grünen; Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Bundestags-Drucksache 15 / 1516 aus 2003

den Soziologen (und auch für den CASE MANAGER, Anm. d. Verf.) nutzlos, könnte er nicht auch die Mittel an die Hand geben, um sie zu befolgen. Wie aber lassen sich die Mittel des Verstehens, die es ermöglichen, die Menschen so zu nehmen, wie sie sind, anders weitergeben als dadurch, dass er die Instrumente anbietet, die notwendig sind, um sie als notwendig zu erfassen, um sie notwendig zu machen, indem er sie methodisch auf die Ursachen und Gründe zurückführt, derentwegen sie sind, was sie sind?“²⁵

Um die Ergebnisse der Gespräche im Assessment nicht im luftleeren Raum stehen zu lassen, bedarf es der Kategorisierung der gewonnenen Erkenntnisse. Das gilt sowohl für die Problemlagen, als auch für die entdeckten Kompetenzen. Im Folgenden soll ein Kategorisierungs-Ansatz vorgestellt werden, der im Weiteren um das Instrument der Kompetenzanalyse ergänzt werden soll.

3.1 „Person in Environment“ (PIE) – ein bio–psycho–soziales Modell (Assessment-system) zur Klientenkategorisierung

Das Wissen um mögliche Hemmnisse oder Blockaden, die offen oder verdeckt auftreten können und teilweise dem Klienten selbst nicht bewusst sein mögen, ist eine grundlegende Voraussetzung für die ressourcen- und lösungsorientierte Arbeit mit dem Klienten. Nur wenn eine Kenntnis über die möglichen Barrieren vorliegt, kann der CASE MANAGER eine entsprechende Navigationshilfe anbieten. In der Studie des „US Departments of Health and Human Services“²⁶ wird bereits 2001 deutlich gemacht, dass es auf dem weiten Feld der Hemmnisse im wesentlichen vier Bereiche gibt, denen sich diese zuordnen lassen: **substance abuse problems, mental health problems, learning disabilities** und **domestic violence situations**. Werden diese Hemmnisse nicht entdeckt / aufgedeckt – und oft richtet der Klient seine ganze Energie darauf aus, genau das zu verhindern (“Another reason some barriers are unobserved is that, although a client is aware of the problem, she may be hesitant to disclose it and in fact may make special effort to keep the problem from being revealed.”²⁷) ist die Arbeit des CASE MANAGEMENT zum Scheitern verurteilt. Zur Orientierung für den CASE

²⁵ Bourdieu, Pierre et al.: “Das Elend der Welt – Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft“, Konstanz 1998, S. 13

²⁶ „Screening an Assessment in TANF (temporary assistance to needy families) Agencies and their Partners should consider“, Administration for Children and Families & Office of the Assistance Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, 2001

²⁷ TANF, S. 7

MANAGER wird ein Instrument benötigt, das zum einen eine Hilfestellung in der Zuordnung der auftretenden Signale von Hemmnissen ermöglicht, zum anderen aber auch eine Grundlage für den gemeinsamen Sprachgebrauch werden kann. Ein solches Modell zur Klientenkategorisierung bietet ein anderer Ansatz, **das bio-psycho-soziale Modell „Person in Environment“ (PIE)**²⁸. Bei PIE geht es um das Individuum in seinem System. Das Betrachtungsfeld ist der Überschneidungsbereich des einzelnen Klienten mit seinem gesellschaftlich bedingten multifaktoriellen sozialen Umfeld (Familie, Netzwerk, Lebenssituation, usw.). Insbesondere versteht das aus dem PIE entstehende individuelle Empowerment den Menschen nicht als Objekt des CASE MANAGEMENT, sondern als an der Situation maßgeblich beteiligtes Subjekt. Nur diese Mitverantwortung und das Einverständnis des Klienten in den Arbeitsprozess gibt dem CASE MANAGEMENT einen Ansatzpunkt und die Berechtigung zum Abbau von inneren und äußeren Hemmnissen, zur Mithilfe bei der Verbesserung der Lebenslage

3.1.1 Faktor I: Probleme in sozialen Rollen

Wie nimmt der Klient seine soziale Rolle wahr, wie übt er sie aus? Die sozialen Rollen können dabei in vier Gruppen unterteilt werden: A) Die Gruppe der familiären Rollen, die als Elternteil, Ehepartner, Kind, Geschwister o. ä. wahrgenommen werden. B) In der Gruppe der beruflichen Rollen wird nach Arbeiter (Bezahlt, zu Hause), Angestelltem, Vorgesetztem, Arbeitslosem (ALG I / ALG II) Student / Schüler und vergleichbaren Rollen unterschieden. C) Die Gruppe der interpersonalen Rollen umfasst die als sexueller Partner, Freund, Nachbar,... C) Darüber hinaus gibt es die Gruppe der Rollen in spezifischen Lebenssituationen, als Verbraucher, stationärer Patient, Prüfungskandidat, Immigrant usw.

3.1.2 Faktor II: Umgebungsprobleme im Gemeinwesen

Im Rahmen des Faktor II werden Merkmale der Lebenslage und sozioökonomische Problemlagen erfasst. Dazu gehören zum Beispiel ökonomische und Gesundheitsbedürfnisse, Ausbildungsmerkmale, Unterstützungssysteme im so-

²⁸ Müller, Klaus D. und Gehrman, Gerd; „Person in Environment“ – das professionelle Konzept der Sozialen Arbeit in Gehrman / Müller (Hrsg.): Aktivierende Soziale Arbeit mit Nicht – Motivierten Klienten, 2005, S. 85

zialen Netzwerk. Hier darf der Blick nicht nur darauf gerichtet sein, wie eine Rolle evtl. unzureichend ausgefüllt wird oder welche Defizite in sozialen Netzwerken bestehen. Vielmehr soll ein Augenmerk auf die Stärken und Ressourcen fallen, die dem Klienten zur Verfügung stehen und die er im Rahmen seiner Rollenwahrnehmung nutzt. Im weitesten Sinne handelt es sich bei Faktor II um Versorgungs- und soziale Stützsysteme im Gemeinwesen mit unterschiedlich hohem Strukturierungsgrad (ökonomische & basale Bedürfnisse; Erziehungs- & Bildungssystem; Juristisches & Rechtssystem, System Gesundheit, Sicherheit, Soziale Dienste, System freiwilliger Zusammenschlüsse, System affektiver Unterstützung. – Die affektive Unterstützung findet teilweise durch Familie, teilweise durch soziale Netzwerke statt.)

3.1.3 Faktor III: Psychische Erkrankungen

Zur Klassifikation psychischer Probleme bzw. Erkrankungen greift das PIE – System auf das etablierte Klassifikationssystem des DSM – IV (American Psychiatric Association, 1996²⁹) zurück. Hier werden psychische Erkrankungen, Entwicklungsrückstände und Verhaltensauffälligkeiten von Klienten erfasst. (Dabei umfasst der Katalog folgende Gruppen: Entwicklungspsychologische Störungen (Kleinkind, Kind, Adoleszenz); Demenz, amnestische u. andere kognitive Störungen; psychische Störungen (medizinisch); Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen; Schizophrenie u.a. psychotische Störungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, vorgetäuschte Störungen, dissoziative Störungen, sexuelle u. Geschlechtsidentitätsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, andere klinisch relevante³⁰.) Der Assessment - Blick auf die Hemmnisse im Bereich des Faktor III bedarf der fachlichen Qualifikation des CASE Managers im Bereich des Erkennens von Krankheitsbildern und der psychosozialen Diagnostik, aber auch der Befähigung zur angemessenen Gesprächsführung.

²⁹ American Psychiatric Association (1996), Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – IV, Göttingen, Hogrefe

³⁰ nach: Adler, Helmut; „Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit – Ein Versuch: das Person – In – Environment - System (PIE), in Blätter der Wohlfahrtspflege, 1998, 7 + 8, Wohlfahrtswerk f. Baden Württemberg, Stuttgart, S. 161 - 165

3.1.4 Faktor IV: Körperliche Erkrankungen oder Gesundheit

Erfassung aller körperlichen Erkrankungen. Wobei in jüngster Zeit in der medizinischen Forschung die Zusammenhänge organischer Krankheiten mit psychisch-emotionalen und psychosozialen Faktoren verstärkt und gezielt betrachtet werden. Daraus ist in den vergangenen Jahren der klinisch orientierte Ansatz der Verhaltensmedizin entstanden, der über die rein organischen Faktoren einer körperlichen Erkrankungen hinaus weitere Einflussfaktoren, insbesondere Verhaltensaspekte von Patienten erfasst. Von der Verhaltensmedizin wird ausdrücklich eine bio–psycho–soziale Perspektive gefordert, die den Ansätzen zur Fundierung sozialer Arbeit und des Case Managements entsprechen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das PIE – Modell der Klassifikation sich für die Fallanalyse in der Assessment-Phase des CASE MANAGEMENT eignet. Der Blick auf die einzelnen Problemfelder I, II und IV verbunden durch den Blick auf die Gesamtsituation unter Faktor II ermöglicht ein abgerundetes Gesamtbild des Falles, eine systemische Einordnung. Das PIE versteht sich als Assessment-Modell, das die unterschiedlichen Faktoren in einem bio-psycho-sozialen Klassifikationssystem integriert.

3.2 Kompetenzdiagnostik / Kompetenzmodell³¹

Soll die Arbeit mit dem Klienten nicht nur rückwärts gewandt sein, ist es nötig den Blick frei zu haben, über welche Ressourcen der Klient verfügt, welche Ressourcen sich aktivieren und entwickeln lassen können. Häufig lassen sich diese ebenso wenig auf den ersten Blick erkennen / entdecken, wie auch die Blockaden. Im Assessment lässt sich mit Hilfe des Kompetenzmodells herausfinden, welche Stärken und welche Problembereiche vorliegen, welchen Dringlichkeitsstufen die einzelnen Probleme zuzuordnen sind. Ebenso lässt sich feststellen, wie häufig und wie intensiv ein Problem auftritt, wie die Klienten in Problemsituationen interagieren, welches Lösungsverhalten sie umsetzen. Der ganzen Betrachtung liegt eine Analyse zugrunde, entsprechend wesentlich fundierter, umfassender, ganzheitlicher als das Screening.³² Da der Fokus

³¹ Gehrman, Gerd; Müller, Klaus D.; „Die aktivierende und motivierende Methode“ in Gehrman, Müller: „Aktivierende soziale Arbeit mit nicht - motivierten Klienten“, Regensburg 2005, S. 118 ff

³² Thompson, T., Mikelson, K; Screening and Assessment in TANF / Welfare-to-work.
http://www.urban.org/pdfs/screening_and_assessment_TANF-WtW.pdf

nicht z. B. auf die reinen Qualifikationsmerkmale beschränkt ist, sondern das Nahumfeld des Klienten, das soziale Netzwerk, die biographische Entwicklung, die Fähigkeit eigene Ressourcen zu nutzen – wenn auch nicht immer im sozial erwünschten Rahmen. Oft ist der Klient so in seiner an den eigenen Defiziten orientierten Wahrnehmung gefangen, dass der Blick für mögliche Auswege, Chancen, Perspektiven verbaut ist. Wichtig ist hier zu verstehen, dass diese Kompetenzen sehr unterschiedlich gelagert sein können und nicht immer auch schon die endgültige Lösung darstellen.

Manchmal sind sie nur ein kleiner Hinweis darauf, dass etwas möglich sein kann, dass sich ein positiveres Selbstgefühl einstellen könnte. Differenziert lassen sich die möglichen Kompetenzen wie folgt aufgliedern:

3.2.1 (intra-) personale Kompetenzen

In diesem Bereich geht es vorrangig um die Kontrolle von Aggressivität und Wut, die Bekämpfung depressiver Stimmungen, die Überwindung nicht begründeter, übermäßiger Ängste, die Reduktion einer destruktiven Selbstkritik und das Erlernen des Umgangs mit im Leben unvermeidlichen Enttäuschungen.

3.2.2 interpersonale Kompetenzen

Hier sind die Fähigkeiten zur Kommunikation gefragt, die sowohl die Fähigkeit beinhaltet Gespräche zu führen, eigene Gedanken in Worte zu fassen, als auch im Rahmen von Selbstbehauptungskompetenzen eigene Bedürfnisse und Meinungen zu vertreten, Kompromisse zu verhandeln, Feedback zu geben und akzeptieren zu können und mit dem Nein des Anderen leben zu können.

3.2.3 allgemeine Kompetenzen

Allgemeine Kompetenzen sind solche, die das selbständige Gestalten des Alltags ermöglichen. Dazu gehören berufliche Kompetenzen (frühes Aufstehen, Pünktlichkeit, Genauigkeit, Ausdauer,...), Körperpflegekompetenzen, Zeitmanagement, der Umgang mit Geld, sich angemessen zu ernähren, Freizeitaktivitäten als Ausgleich entwickeln zu können, Verkehrsfähigkeit, schulische Kompetenzen (lesen, schreiben, rechnen) und Kompetenzen den eigenen Haushalt zu führen (kochen, waschen, putzen,...)

4. Methodische Ansätze für Assessments

Um eine zeitliche und inhaltliche Strukturierung der Fallarbeit vornehmen zu können, macht es Sinn aus den Synergieeffekten der beiden oben aufgeführten Methoden ein Instrument entstehen zu lassen, auf das der CASE MANAGER in seiner Arbeit zurückgreifen kann, um sich im Gespräch mit dem Klienten, in der Auswertung der Zusammenarbeit zu orientieren.

4.1 Zuordnung von Problemlagen und Kompetenzfeldern

Die Zuordnung von Problemlagen und Kompetenzfeldern muss hergestellt werden, um eine Übersicht über die den Problemlagen anhängigen Kompetenzdefizite zu ermöglichen (s. Abb. Seite 18). Dabei soll eine entsprechende Verknüpfung die Grundlage für die Hilfeplanung und –steuerung sein und kann, in der Mengenauswertung verschiedener Fälle die Clusterung von Bedarfen ermöglichen und somit eine Maßnahmeplanung bedarfsgenau unterstützen. Allerdings besitzt die Abhängigkeit zwischen einer Problemlage und einem Kompetenzdefizit nicht immer Ausschließlichkeit.

	Faktor I Rollenprobleme	Faktor II Umweltprobleme	Faktor III psychische Störungen	Faktor IV körperliche Erkrankungen
(intra)personale Kompetenzen	X			
interpersonale Kompetenzen		X		
allgemeine Kompetenzen			X	

Fallbeispiel 1: Rene H. (22) hat Schwierigkeiten seine persönliche Situation realistisch einzuschätzen. Immer wieder formuliert er, dass ihm viel mehr zustünde, als ihm das Leben zubillige. Die Folge daraus ist, dass er in die Beschaffungskriminalität ausweicht. Als wesentliche Problemlage wäre also nicht die Kriminalität sondern das Rollenverständnis zu identifizieren, auch wenn auf den ersten Blick, z.B. durch Vorstrafen, die Beschaffungsdelikte, sichtbar sind. Entsprechend wäre im Feld Faktor I / personale Kompetenzen eine Markierung zu setzen, die deutlich macht, dass hier Defizite liegen und evtl. Hilfsangebote ansetzen müssten. Darüber hinaus hat Rene H., Schwierigkeiten mit seiner Familie. Die Mutter, in deren Haushalt er lebt,

hat ihre Rolle allein erziehend ausgeübt. Sie arbeitet in der Gastronomie und kommt oft spät (nach Mitternacht) nach Hause. Im Zusammenhang mit den Beschaffungsdelikten hat sich die Situation in der Familie dahin entwickelt, dass Frau H. kein Vertrauen mehr zu ihrem Sohn hat und ihm - in ihrer Abwesenheit – keinen Zugang zur Wohnung gewährt. Gleichzeitig hat Frau H. einen Freund, der ein schwieriges Verhältnis zu Rene H. hat. Entsprechend wäre im Feld Faktor II / interpersonale Kompetenzen eine Markierung zu setzen und entsprechende Hilfsangebote zu entwickeln. Darüber hinaus unterliegt Herr H. einer Glückspielsymptomatik, die sich auf die bereits erwähnten Problemfelder auswirkt, zusätzlich aber auch noch Defizite in seiner Pünktlichkeit, seinem Durchhaltevermögen und dem wirtschaftlichen Umgang mit den ihm zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln entstehen lässt. Folglich wäre eine weitere Markierung im Feld Faktor IV / allgemeine Kompetenzen zu setzen. Analog zur entstandenen Tabelle ließe sich nun anhand der Kompetenzfelder noch ausführen, wo Rene H. über Ressourcen und Stärken verfügt und welche Strategien zu entwickeln wären, um diese zu aktivieren. So verfügt Rene H. z.B. über die Fähigkeit außerordentlich höflich sein zu können, kurzfristig zur Erreichung seiner Ziele hohe Energie aufzubringen und persönliche Zielsetzungen im Bezug auf seinen Lebensstil zu haben.

4.2 SORKC – Modell und Goal Attainment Scale

Um im CASE MANAGEMENT erfolgreich arbeiten zu können, bedarf es neben der Anwendung der oben ausgeführten Instrumente (oder vergleichbarer Verfahren) einer Kooperation mit dem Klienten, bzw. eine Bereitschaft des Klienten zu einer solchen. Da es im CASE MANAGEMENT um die Veränderung bisheriger Verhaltensweisen und erlernter Lösungswege geht, kann dieser Prozess nur gemeinsam mit dem Klienten und in Freiwilligkeit gestaltet werden. Demgegenüber steht zumeist im CASE MANAGEMENT des SGB II / III Arbeitsbereiches die Pflicht des CASE MANAGERS bei rechtswidrigem Verhalten zu sanktionieren. Eine solche Sanktion beläuft sich im Fallmanagement u25 – wenn es sich nicht nur um ein Terminversäumnis handelt – auf 100 % der Regelleistung für den Zeitraum von drei Kalendermonaten, im Wiederholungsfall innert 12 Monaten auf 100 % der Regelleistung und die Kosten der Unterkunft. Entsprechend wichtig ist es, den Klienten in der Phase des Assessments und der Planung der Hilfen mit einzubeziehen und ihn im Rahmen seiner Bedarfs- und Zielformulierungen zu unterstützen. Hilfreiche Instrumente können hierbei das SORKC – Modell und die Goal Attainment Scale (GAS) sein.

4.2.1 SORKC – Modell³³

Das **SORKC - Modell** ist eine Erweiterung des operanten Konditionierens (S: Stimulus → R: Reaktion → C: Konsequenz) nach Burrhus Frederic Skinner von Frederick Kanfer um kognitive Elemente (O (Organismus) und K (Kontingenz)) erweitert. Es ist ein Verhaltensmodell, das fünf Bestimmungsstücke als Grundlage von Lernvorgängen beschreibt. Im deutschen Sprachraum wurde daraus eine „Verhaltensgleichung“ geprägt, also ein Modell, das sowohl Verhalten als den Erwerb des Verhaltens erklärt hat. Aber auch der Ablauf dieses Verhaltens in der konkreten Situation kann mit diesem Modell analysiert werden.

- **S (Stimulus)** bezeichnet eine äußere oder innere Reizsituation. Der Stimulus erfasst die das Verhalten auslösenden Bedingungen (In welcher Situation tritt das Verhalten auf?).
- **O (Organismus)** bezeichnet die individuellen biologischen und lerngeschichtlichen Ausgangsbedingungen bzw. Charakteristika der Person auf den Stimulus.
- **R (Reaktion)** bezeichnet das beobachtbare Antwortverhalten, das dem Stimulus und seiner Verarbeitung im Organismus folgt.
- **K (Kontingenz)** bezeichnet die individuelle Bewertung des Individuums von R (Reaktion) und C (Konsequenz).
- **C (Konsequenz)** bezieht sich auf das Einsetzen einer Verstärkung oder Bestrafung als Folge eines Verhaltens (Was folgt auf das Verhalten?).

S → O → R → K → C

Ein Reiz wirkt auf einen Organismus ein, der bei diesem eine emotional-physiologische Reaktion auslöst. Nachfolgend ergibt sich eine Konsequenz aus der Reaktion (z.B. Erleichterung durch Flucht). Läuft dieser Vorgang häufig ab, verstärkt sich die Reaktion; es wird gelernt, bestimmte Verhaltensweisen bilden sich heraus. Auf diese Weise können unter anderem psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen entstehen oder auch bekämpft werden - bspw. durch ein Einüben anderer Verhaltensweisen oder durch eine Veränderung von Stimuli. Dieser Ansatz wird vor allem in der Verhaltenstherapie verfolgt.

Die Aufgabe des CASE MANAGERS bestünde also darin, mit Klienten einen solchen SORKC - Ablauf zu erarbeiten, bzw. transparent zu machen. Wenn der Klient signalisiert,

³³ Hillenbrand, Clemens: Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen, 3. Auflage München 2006

dass er eigentlich mit den jeweils auftretenden Konsequenzen nicht zufrieden ist, sie als Hemmnis erkennt, sollte geklärt werden, was er bereit ist, dafür einzusetzen, dass sich eine Änderung ergibt. Aus dem Erklärungsprozess wird also ein Bedürfnis erhoben, dass in ein Ziel umformuliert werden kann.

Im Fall Rene H. wäre der Stimulus (S), die Unzufriedenheit über die eigene Situation, die Exklusion (s.o.). Der Organismus (O) hat gelernt, dass diese Unzufriedenheit und das Gefühl der Exklusion gemindert wird, wenn er über entsprechend teure Kleidung und Geld verfügt. Um diese Minderung zu erreichen greift Rene H. im Rahmen der Reaktion (R) auf Beschaffungskriminalität und Glücksspiel zurück. Die daraus entstehende Konsequenz (C) ist, dass immer wieder Strafverfahren eingeleitet werden, Rene H. durch die Kriminalität zunehmend gesellschaftliche stigmatisiert wird, Kontakte zu entsprechend stigmatisierten / exkludierten Kreisen aufbaut und vertieft und sich über sein Verhalten dort Anerkennung verschafft. aber tiefer in die Unzufriedenheit über seine Gesamtsituation absackt. Gleichzeitig hat das unwirtschaftliche Verhalten, dass seinen Ausdruck in immer wieder geforderten Vorschusszahlungen findet, die von der Leistung des Folgemonats durch das Amt abgezogen werden, zur Konsequenz, dass die Regelleistung vom CASE MANAGER auf Sachleistung (Lebensmittelgutscheine) umgestellt wurde. Aufgabe des CASE MANAGEMENT wäre nun mit Rene H. den Problemverlauf zu erarbeiten, die eigentlichen Ursachen herauszustellen, Veränderungswünsche zu formulieren und als Zielsetzungen festzuschreiben. Ein besonderer Blick müsste dabei der Diskrepanz zwischen Reaktion (R) und Konsequenz (K) und der Wahrnehmung dieser Diskrepanz gelten. Darauf folgend müssen mit dem Klienten gemeinsam Maßnahmen gefunden werden, die ihn bei der Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. Um den Klienten beim Controlling der Zielerreichung mit einzubeziehen ist es notwendig seine Einschätzung der Erreichbarkeit (auch von Teilzielen) festzuhalten und diese mit seiner Wahrnehmung des Erreichten zu vergleichen.

4.2.2 Goal Attainment Scale

Die Goal Attainment Scale ist ein Verfahren zur Abschätzung des Erfolgs ursprünglich psychotherapeutischer Maßnahmen, das inzwischen auch in anderen Bereichen, wie der Ergo- und Physiotherapie eingesetzt wird. Das Besondere ist, dass die Klienten selbst einstufen, als wie effektiv sie die Maßnahme, den Prozess erlebt haben.

Um diese Einschätzung vornehmen zu können, werden zunächst im Dialog von dem CASE MANAGER und dem Klienten für den Integrationserfolg relevante Dimensionen zusammen-

gestellt. Sie sollen möglichst konkret formuliert und an einfachen Sachverhalten überprüfbar sein.

Für jede ermittelte Dimension wird bei der Goal Attainment Scale mittels Skalenwerten von Eins bis Fünf bestimmt, was ein erwartetes Ergebnis, was ein günstiges und sehr günstiges und was ein ungünstiges und sehr ungünstiges Ergebnis der Intervention wäre (s.Abb. Seite 23). Nach der Maßnahme kann für jede Dimension eingestuft werden, welcher Wert erreicht wurde. Durch dieses Vorgehen kann der Proband genau abschätzen, wie groß der Nutzen des Interventions- / Maßnahmeerfolgs für seinen Lebensalltag ist.

	sehr ungünstiges Ergebnis	ungünstiges Ergebnis	erwartetes Ergebnis	günstiges Ergebnis	sehr günstiges Ergebnis
Spielverhalten einschränken	R. H. sucht die GspB nicht auf und spielt weiter	R. H. sucht die Glücks- spielb. auf, gewinnt Ein- sicht und wird schnell rückfällig	R. H. sucht die Glücksspielberatung auf und gewinnt Einsicht in seine Problematik, Thera- pie	R. H. stellt nach Kontakt zur GspB sein Spielverhalten innert 6 Mo- naten ein	R. H. stellt nach Konta zur GspB s Spielverha sofort ein
Wirtschaftlichkeit	R.H. erstellt keinen W-plan und behält die Unwirtschaft- lichkeit bei	R.H. erstellt einen W-plan und hält dies nur 1 Monat durch	R.H. erstellt einen Wirtschaftsplan und kann und gewinnt einen Überblick über seine finanz. Situation	R.H. erstellt einen W-plan und führt die- sen, unter Anwendung 3 Monate fort	R.H. erstel einen W-p führt diese unter Anw dung langf tig fort
Pünktlichkeit					
Sozialverhalten					

5. Sieben Phasen – Modell für den Prozess der psychosozialen Diagnostik im CASE MANAGEMENT

Auf Grundlage Kundenkategorisierung, des Kompetenzmodells, des SORKC - Modells und der Goal Attainment Scale als Instrumente für die Fallarbeit im CASE MANAGEMENT lässt sich, in Anlehnung an die Vorgehensweise im psychotherapeutischen Prozess ein Modellablauf entwickeln, der die einzelnen Phasen des Verlaufs aufzeigt und als Basis für eine Dokumentation herangezogen werden könnte.

Modellverlauf

1. Phase: Schaffung einer guten „Arbeitsatmosphäre“:

Die erste Phase umfasst das Kennen lernen, die Vertrauensbildung und die Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung mit dem Klienten. Gleichzeitig findet eine Rollenstrukturierung, und eine problembezogene Informationssammlung statt. Der Begriff der Rollenstrukturierung umfasst dabei unterschiedliche Dimensionen. Zum einen muss für den Klienten geklärt sein, welches Rollenverständnis der CASE MANAGER hat und welche Rollenerwartungen der Klient an den CASE MANAGER stellt. Gleichzeitig muss die Rollendiversivität des Klienten gesichtet werden.

2. Phase: Fallerhebung / Diagnostik / Bedingungen:

Aus den o. g. Erkenntnissen heraus können nun Schlüsselprobleme identifiziert werden. Hier eignen sich insbesondere zirkuläre Fragestellungen, die zum sozialen System des Klienten gehörende Personen einbeziehen: „Was würde ihr bester Freund zu ihnen sagen, wenn er sie so erlebt, was würde ihre Mutter ihnen raten?“. Im Rahmen einer situativen und kontextuellen Verhaltensanalyse kann herausgearbeitet werden (Makro- und Mikroebene), was das gelernte Verhalten verstärkt und aufrechterhält und was eine alternative Reaktion / Verhaltensweise wäre.

In Phase zwei und drei findet im Wesentlichen der Prozess der psychosozialen Diagnostik unter Anwendung der oben beschriebenen Instrumente (PIE, Kompetenzmodell) statt.

3. Phase: Aufbau einer Veränderungsmotivation, Zielbereiche

Nachdem im zweiten Schritt alternative Verhaltensweisen überdacht worden sind, können nun daraus Zielbereiche identifiziert werden. Hier ist wichtig, dass der Klient diese Ziele selbst formuliert, um deutlich zu machen, dass es seine Ziele sind und nicht solche, die sich in der Umsetzung als Oktroy oder im Rahmen einer Nachentscheidungsdissonanz wieder ablehnen lassen. Wichtige Aufgabe des CASE MANAGERS ist es zu diesem Zeitpunkt, darauf zu achten, dass Arbeitsansätze erklärt und verstanden sind und deutlich wird was notwendig wäre und welche Bereitschaft besteht die formulierten Ziele zu erreichen.

Phase 3 bedeutet im Wesentlichen die Anwendung des SORKC-Modells.

4. Phase: Zielvereinbarung

Nach der Klärungsphase werden im vierten Schritt die Ziele präzise definiert. Der CASE MANAGER muss nun mit dem Klienten eine Folgenabschätzung vornehmen und mögliche Teilziele hierarchisieren.

5. Phase: Planung, Auswahl u. Durchführung von Interventionen /Hilfen / Maßnahmen

Mit dem Klienten muss der CASE MANAGER im fünften Schritt nach geeigneten Instrumenten / Maßnahmen zur Erreichung der definierten Ziele suchen. Das kann sowohl den Besuch von Qualifizierungsmaßnahmen, als auch das Aufsuchen von Beratungsstellen oder die Wahrnehmung einer Therapie umfassen. Mit der Formulierung eines Konsenses über das geeignete Instrument zur Zielerreichung, wird dieser ebenso wie die Zielsetzung im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung verbindlich festgehalten.

6. Phase: Controlling / Evaluation

Während der Umsetzungsphase – also der Teilnahme an einer Maßnahme, einem externen Beratungsprozess, etc. - findet durch den CASE MANAGER eine kontinuierliche, begleitende Diagnostik und Evaluation der Maßnahme im Dialog mit dem Klienten, aber auch im Austausch mit dem Maßnahmeträger (soweit dies nicht durch Vertraulichkeitsbedingungen verhindert ist) statt. Wichtig ist dabei, die subjektive Bewertung der Entwicklung / Fortschritte durch den Klienten auf und ernst zu nehmen.

7. Phase: Endphase, Optimierung

Im letzten Schritt des 7 - Phasen – Modells wird eine Auswertung des Prozesses vorgenommen. Welche Ziele sollten erreicht werden. Was wurde tatsächlich erreicht, was hat nicht funktioniert, was ist stattdessen passiert. Was hat geholfen, was hat verhindert. Für einen möglichst umfassenden Blick auf den Gesamtprozess ist es notwendig, dass der CASE MANAGER neben dem Dialog mit dem Klienten möglichst alle anderen Beteiligten mit einbezieht. Erreichte Ziele, besonders in Form von neu gewonnenen Handlungskompetenzen müssen nun stabilisiert werden und ihren Transfer in den Alltag, in Selbstmanagement, Problemlösungskompetenz, Rückfallprophylaxen erfahren.

Im weiteren Verlauf der Fallsteuerung des CASE MANagements muss die Stabilität der erreichten Effekte immer wieder überprüft werden. Darüber hinaus muss das Follow up eingeleitet werden, um nicht bei einem Teilerfolg stehen zu bleiben. Entsprechend schließt der

Prozess nun zirkulierend wieder im ersten bzw. zweiten Schritt an, um weitere Vermittlungshemmnisse zu bearbeiten.

In den Schritten vier bis sieben findet die Goal Attainment Scale ihre Anwendung.

Bei der vorliegenden Prozessbeschreibung muss deutlich sein, dass es sich nicht um einen zwingenden Ablauf handeln kann. Sobald im Prozess Störungen auftreten, z. B. den Verlauf störende Hemmnisse an die Oberfläche treten, die vorher nicht erkennbar waren, kann an jeden beliebigen sinnvollen Punkt im Prozess zurückgekehrt werden, um die neuen Erkenntnisse in den Prozess mit aufzunehmen und die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns möglichst zu minimieren.

Fazit

Komplexe Fallstrukturen, wie sie im CASE MANAGEMENT auftreten – vorausgesetzt, der Begriff des CASE MANAGEMENT ist von dem der Arbeitsvermittlung abgegrenzt und zielt tatsächlich auf den Anteil des Klientel, der besondere Problemlagen aufweist – erfordern auf dem Weg zur Arbeitsmarktintegration, die immer auch eine gesellschaftliche solche bedingt, eines hohen Maß an Aufmerksamkeit, Empathie und Zeit durch den zuständigen CASE MANAGER. Die notwendige Vorbedingung für eine qualitativ hochwertige Arbeit und einen nachhaltigen Integrationsansatz ist die ausführliche Fallerhebung. Nur die möglichst umfassende Kenntnis über die Bedingungen des Klienten, über aktuelle Lebenssituation, Identität, Biographie und Schlüsselqualifikationen, die durch eine entsprechende Sozialanamnese in Form psychosozialer Diagnostik erhoben wird, vermittelt dem CASE MANAGER die Grundlagen für seine Arbeit, ermöglicht ihm frühestmöglich Hemmnisse und Kompetenzen zu erkennen und damit tatsächlich auch zum Steuerer des Falles werden zu können. Gleichzeitig ist diese Form der Anamnese auch ein Ausdruck des den Klienten ernst Nehmens. Dies ist unabdingbar notwendig, um den Klienten in den Prozess mit einzubeziehen, ihn zu seinem Prozess werden zu lassen und ihn damit auch in die Verantwortung zu nehmen, sein Leben selbstverantwortlich und möglichst frei von Hilfebezügen zu gestalten. In der Studie „Kompetenzerfassung bei Arbeitssuchenden“ wird empfohlen „die personellen und finanziellen Ressourcen stärker der alles weitere determinierenden Eingangsphase der Kompetenzbilanzierung zu

widmen.“³⁴ Diesem Prozess nicht die Aufmerksamkeit und Zeit zu geben, die er benötigt, hieße das Wesentliche, was hindert, zu ignorieren und in Kauf zu nehmen, dass der Klient nach kurzer Zeit an den vorhandenen Hemmnissen wieder und wieder scheitert, und dabei eine zusätzliche Frustrationsspirale entsteht. Ein solcher Ansatz mag dem kurzfristigen Ziel der Vermittlung entsprechen, dem Ansatz einer nachhaltigen Integration widerspricht er jedoch zutiefst.

³⁴ „Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und zum Einsatz von Kompetenzbilanzierungsinstrumenten in Deutschland“ in Haasler / Schnitger: a.a.O

Literaturverzeichnis

Adler, Helmut; „**Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit – Ein Versuch: das Person – In – Environment - System (PIE)**“, in Blätter der Wohlfahrts-
pflege, 1998, 7 + 8, Wohlfahrtswerk f. Baden Württemberg, Stuttgart

Administration for Children and Families & Office of the Assistance Secretary for Planning
and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services: „**Screening an Assessment
in TANF (temporary assistance to needy families) Agencies and their Partners should
consider**“, Washington 2001

American Psychiatric Association, „**Diagnostisches und statistisches Manual psychischer
Störungen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**“ – IV, Göttin-
gen, Hogrefe, 1996

Berth, H. et. al: „**Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der der Be-
darf an psychosozialer Versorgung**“ in Gesundheitswesen 2008, Heft 70

Bourdieu, Pierre et al.: „**Das Elend der Welt – Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Lei-
dens an der Gesellschaft**“, Konstanz 1998

Bourdieu, Pierre: „Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft“, Frank-
furt / M 1999

Fraktionen SPD und BÜNDNIS90/Die Grünen; **Entwurf eines Vierten Gesetzes für mo-
derne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt**, Bundestags-Drucksache 15 / 1516 aus 2003

Freire, Paulo: „**Pädagogik der Unterdrückten – Bildung als Praxis der Freiheit**“, Ham-
burg 1996

Fuchs-Heinritz, Werner et al. (Hrsg.), **Lexikon zur Soziologie**, Opladen 1995

Gehrmann, Gerd; Müller, Klaus D.; „**Die aktivierende und motivierende Methode**“ in
Gehrmann / Müller (Hrsg.): „Aktivierende soziale Arbeit mit nicht - motivierten Klienten,
Regensburg 2005

Gehrmann, Gerd; Müller, Klaus D.: „**Charakteristika einer motivierenden sozialen Ar-
beit**“ in Gehrmann / Müller (Hrsg.): „Aktivierende soziale Arbeit mit nicht – motivierten
Klienten“, Regensburg 2005

Haasler, Bernd; Schnitger, Meike: „**Kompetenzerfassung bei Arbeitssuchenden – eine ex-
plorative Studie unter besonderer Berücksichtigung des Sektors privater Arbeitsver-
mittlung in Deutschland**“, ITB – Arbeitspapiere Nr. 57, Herausgegeben vom Institut Tech-
nik und Bildung der Universität Bremen, 2005

Hiebinger, Irene: „**Die sozialökologische Orientierung als Domäne Sozialer Arbeit**“ in
Gehrmann / Müller (Hrsg.): Aktivierende soziale Arbeit...“ Regensburg 2005

Hillenbrand, Clemens: **„Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen“**, München 2006

Hinsch, Rüdiger; Pfingsten Ulrich: **„Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK“**, Weinheim 2007

Kieselbach, Thomas: **„Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen geleitschutzes in beruflichen Transitionen in Gesundheit“**, Berlin (Hrsg.) Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007

Krapp, Andreas; Weidenmann, Bernd (Hrsg.): **„Pädagogische Psychologie“**, Weinheim 2001

Luhmann, Niklas: **„Die Gesellschaft in der Gesellschaft“**, Bd. 2, Frankfurt / M, 1998

Mergner, Gottfried: **„Lernfähigkeit der Subjekte und gesellschaftliche Anpassungsgewalt – kritischer Dialog über Erziehung und Subjektivität“** in Geisen, Thomas: Argument – Ausgewählte Schriften Band 2, Hamburg 1999

Müller, Klaus D. und Gehrman, Gerd; **„Person in Environment“ – das professionelle Konzept der Sozialen Arbeit“** in Gehrman / Müller (Hrsg.): Aktivierende Soziale Arbeit mit Nicht – Motivierten Klienten, 2005

Reis, Claus; **„Fallmanagement – ein Mythos? Erfahrungen mit Case Management in unterschiedlichen Feldern kommunaler Sozialpolitik“** in Rudolph, Clarissa, Niekant, Renate (Hrsg.), „Hartz IV Zwischenbilanz und Perspektiven“, Münster 2007

Short, Dan; Weinspach, Claudia: **„Hoffnung und Resilienz – Therapeutische Strategien von Milton H. Erickson“**, Heidelberg 2007

Stumm, Gerhard, Pritz, Alfred (Hrsg.): **„Wörterbuch der Psychotherapie“**, Wien 2000

Wagner, Angelika C: **„Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte – Mentale Selbstregulation und Introvision“**, Stuttgart 2007

Zimbardo, Philipp G.: **„Psychologie“**, Heidelberg 1995